

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

539

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 18 juillet 1899, à 1 heure

Par HENRI GRORICHARD

Né à Besançon le 31 mai 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMIPLÉGIES PRÉCOCES

DANS LA
PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS.

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. POUCHET, professeur.
GAUCHER et THOINOT, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N

539

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 18 juillet 1899, à 1 heure

Par HENRI GRORICHARD

Né à Besançon le 31 mai 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES HÉMIPLÉGIES PRÉCOCES

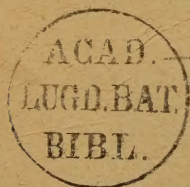
DANS LA

PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges { MM. POUCHET, professeur.
GAUCHER et THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES-DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA BONNE MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE MÉDECIN

A MON PÈRE, PHARMACIEN

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON AMI LOUIS MONTENOISE

Avocat près la Cour d'appel de Besançon.

A MON AMI PIERRE PIDANCET

Docteur en droit, avocat,
Conseiller municipal à Besançon.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

M. LE PROFESSEUR ALFRED FOURNIER

Professeur à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'hôpital St-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Arrivé au terme de nos études médicales, il y a plaisir et devoir pour nous de remercier tous ceux qui ont acquis quelque titre à notre reconnaissance depuis nos débuts.

Et d'abord ceux-ci nous furent rendus bien agréables par nos excellents maîtres de Besançon. Nous prions M. le docteur Chapoy, directeur de l'École de Médecine, MM. les docteurs Druhen, Roland, Gauderon, Heitz d'agréer nos sentiments de reconnaissance. Ce que nous savons, nous leur devons, ce sont des services qu'on n'oublie jamais. M. le docteur Prieur fut toujours un ami pour nous. Que l'homme aimable, le savant bibliothécaire de l'université de Besançon qui a mis à notre disposition sa vaste érudition et ses bons conseils reçoive ici nos remerciements.

Nous n'oublierons pas ce que nous devons à nos maîtres des hôpitaux de Paris : A M. le professeur Fournier qui nous a engagé à entreprendre ce travail et a bien voulu nous faire l'honneur d'en accepter la présidence, à M. Huchard médecin de l'hôpital Necker, à M. Gaucher médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à M. Bar accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine.

A M. le docteur Julien Bouglé chirurgien des hôpitaux, dont l'appui nous a été maintes fois si réconfortant, à M. le docteur Gaston, chef du laboratoire de M. le professeur Fournier, qui s'est mis si obligeamment à notre disposition pendant notre long séjour à Saint-Louis, nous offrons l'ex-

pression de notre dévouement en souvenir de leur bienveillante sympathie à notre égard.

Que MM. Mauriac, médecin honoraire des hôpitaux, Rauzier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, Audry professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse, Vergely, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux reçoivent l'expression de nos remerciements sincères pour leur précieuse correspondance.

Madame le docteur Phisalix et M. le docteur Phisalix nous ont bien rendu agréable notre séjour à Paris. Qu'ils veuillent bien agréer l'expression de notre très cordiale amitié.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HÉMIPLÉGIES PRÉCOCES

Dans la période secondaire de la syphilis

HISTORIQUE

L'histoire des hémiplegies précoces à la période secondaire de la syphilis est de date récente, non pas que nous entendions par là qu'il s'agît d'une maladie nouvelle, mais parce que la véritable nature de ces hémiplegies est restée longtemps inconnue.

Sous l'influence de l'enseignement de Ricord, on avait admis pendant longtemps que les lésions encéphaliques sont l'apanage exclusif de la syphilis tardive, de la syphilis tertiaire. Cette opinion devait tomber devant l'évidence des faits cliniques invoqués par MM. le Professeur Fournier, Lancereaux, Mauriac, Gilles de la Tourette, etc., qui montrent que l'hémiplegie peut se présenter dès les premiers mois de l'infection spécifique.

Cependant à la lecture des anciens auteurs on trouve çà et là signalés, quelques symptômes nerveux chez des syphilitiques, symptômes sur lesquels d'ailleurs leur attention ne se fixait pas d'une manière spéciale.

C'est en 1830 que Charles Belly, le célèbre physiologiste cite une observation due à Dupuytren d'un cas d'hémiplégie gauche, survenue chez une jeune fille de seize ans, sept semaines après le début de la syphilis. Huit jours après la malade était affectée d'une paralysie faciale droite.

C'est donc, croyons-nous, le premier auteur qui ait relaté des *accidents nerveux précoces* de la syphilis. En 1834, paraît la thèse de Bottut-Dumoutiers, dans laquelle nous trouvons un cas d'hémiplégie faciale survenue peu de temps après le chancre.

Il semble alors à ce moment que l'attention des observateurs se soit trouvée attirée vers ces faits précoces car dans la *Gazette médicale* de Paris de 1836 nous trouvons un beau cas d'hémiplégie survenue 9 mois après le chancre.

En 1841, nouveau cas d'hémiplégie précoce publié par Zabriskie, *American Journal of medical sciences*.

L'année suivante (1842) autre observation due cette fois à Diday (*Gazette médicale*).

La même année (1842) Budd, dans *London medical Gazette* publie un cas d'hémiplégie spécifique en 1849. Knorr communication de l'hôpital de Hambourg (*Richtes Tahrbucher*) parle de plusieurs cas de paralysies syphilitiques observés les uns, dès le *début de l'infection*, d'autres très rapidement après lui.

M. Cruveilhier dans l'*Union médicale* (1850), cite un cas d'hémiplégie guérie par le traitement hydrargyrique.

En 1851, paraît à Strasbourg l'excellente thèse de Charles Bedel sur la syphilis cérébrale. Toujours dans la même année, plusieurs observations sont publiées par MM. Servier, Brivet et Lucas-Championnière sur le même sujet (*Gazette médicale de Lyon*, journal de médecine et de chirurgie pratiques).

C'est pendant cette année 1861 que M. Ricord, dans sa clinique iconographique, signale un cas d'hémiplégie graduelle accompagnée d'affaiblissement intellectuel, et même d'aliénation mentale, guérie par le traitement mercuriel.

Vidal de Cassis, en 1852, parle d'hémiplégie précoce.

En 1860, paraît le travail de M. Gustave Lagneau sur les *Affections syphilitiques du système nerveux*.

En 1861, est publié le mémoire de MM. Gros et Lanceraux sur les *Affections nerveuses syphilitiques*.

C'est cette même année, que paraît la thèse très bien faite de M. Ladreit-Lacharrière sur les *Paralysies syphilitiques*.

En 1862, nous trouvons dans Zambaco (*Des affections nerveuses syphilitiques*) six belles observations de syphilis cérébrale précoce dues au professeur Schutzemberger.

En 1875, M. Mauriac réunit ensemble dans les *Annales de Dermatologie* de la même année plusieurs cas de syphilis cérébrale précoce.

Enfin en 1879, la syphilis du cerveau est magistralement décrite par M. le professeur Fournier dans son livre

désormais classique « *La syphilis du cerveau* ». C'est l'étude approfondie de cette importante question. A partir de cette époque, les travaux abondent, c'est la période véritablement scientifique de la syphilis cérébrale. Citons les recherches de M. Spillmann, de Nancy, de M. le professeur Dieulafoy, de M. le professeur Cornil, de Mauriac, de Gilles de la Tourette, de Grasset et Rauzier de Montpellier, de Schmitt et Baraban (de Nancy), du professeur Landouzy, de M. Menetrier, agrégé, de Charrin et Klippel.

Des thèses sont publiées sur cette importante question. Gaudichier dans sa thèse très intéressante de 1885 (thèse de Paris) a montré chiffres en mains la date d'apparition des accidents cérébraux et ce travail très bien fait d'ailleurs, n'est pas à reprendre.

Dargand (Thèse de Paris, 1885) Manchon (thèse de Paris 1883), Concaer (thèse de Paris, 1877), Vabre (thèse de Toulouse) ont en quelque sorte épuisé le sujet. En même temps, de savantes observations publiées dans les *Annales de Dermatologie* depuis vingt ans par l'Ecole de Saint-Louis mettent la question au point.

Voilà les travaux de nos devanciers sur les *Hémiplégies précoces dans la période secondaire de la syphilis*. Mais à notre connaissance, on a négligé de mettre en valeur les *facteurs de précocité* de l'hémiplégie, on n'a insisté ni sur le diagnostic différentiel quelquefois bien délicat, ni sur le traitement si important dans l'espèce.

Ce sont ces lacunes que nous nous proposons de combler dans ce modeste travail.

ÉTIOLOGIE

Les facteurs de précocité. -- « Dans l'immense majorité des cas dit M. le professeur Fournier, la syphilis n'a nul besoin, n'a que faire de causes adjuvantes pour se porter sur le cerveau. Elle existe, et c'est assez. Du moment qu'elle est en puissance de l'organisme, elle n'a que trop le droit (et elle en use) d'envahir tout organe, toute partie de l'économie, aussi bien le cerveau que tout autre viscère, aussi bien tout viscère que les systèmes extérieurs.

Et c'est là en effet, ce qui se produit dans l'énorme majorité des cas. Le plus habituellement, la syphilis affecte le cerveau sans y être appelée, ou du moins sans paraître y être appelée, c'est-à-dire sans le secours d'aucune invitation locale, d'aucune provocation pouvant servir de cause occasionnelle ».

Mais en est-il de même pour les hémiplegies précoces dans la période secondaire de la syphilis ? La toxine syphilitique n'est-elle pas alors un véritable poison des centres nerveux, frappant dès le début, jetant comme l'a dit Ricord, un véritable branle-bas sur le système nerveux.

D'autre part, pourquoi à une période rapprochée du

chancre infectieux, cette première poussée vers le cerveau alors qu'elle respecte les autres organes ? La réceptivité morbide des centres nerveux nous paraît jouer un grand rôle dans la genèse de ces accidents. Il y a là une question de précocité qui constitue un caractère dominant.

Ce qu'il importe de savoir et de dire, c'est pourquoi tel malade plutôt que tel autre présente dès les premiers mois de son infection, des localisations au niveau de ses artères cérébrales. On est en droit de se demander pourquoi certains syphilitiques sont surtout lésés dans leurs centres nerveux, tandis que chez d'autres ces mêmes centres restent indemnes pendant toute la durée de la maladie.

On ne peut répondre à l'heure actuelle avec une précision irréfutable à de telles questions. Il est avéré cependant que les conditions du sujet, plus encore que celles de l'infection, doivent être étudiées de près.

CAUSES INDIRECTES

L'artério-sclérose. — L'arthritisme. — Ce sont surtout les malades qui dans leurs antécédents héréditaires ou personnels offrent une tare nerveuse, ce sont ceux-là surtout qui font une hémiplegie précoce.

Pourquoi en effet la vérole, n'adopterait-elle pas dans le choix de ses préférences la marche suivie par les maladies infectieuses, par la tuberculose, etc. ? Lorsque les cliniciens d'il y a quarante ans écrivaient, dans leurs traités de pathologie, que les enfants doués d'une rare et précoce intelligence étaient voués souvent à la méningite tuberculeuse, ils avaient constaté une loi que la syphilis des centres nerveux vérifie elle aussi. Voyez la fièvre typhoïde, notez les cas où le délire est le plus violent, il s'agit aussi de ceux, dont le cerveau est l'organe qui travaille le plus en l'état de santé, ou bien de ceux dont le cerveau est déjà altéré par les poisons comme l'alcool par exemple.

Chez le jeune artério-scléreux, qui compte plusieurs ascendants frappés d'hémorrhagie cérébrale, ayant lui-même de l'artério-sclérose précoce des artères cérébrales, avec vertiges, migraines, l'hémiplegie précoce syphilitique qui paraît tout d'abord un épisode déconcertant dans le cours de la maladie, n'est en réalité

qu'une hémiplegie qui a devancé son échéance, la toxine syphilitique ayant activé le processus de sclérose épithéliale. On connaît d'ailleurs la prédilection bien marquée de la syphilis pour les artères de l'encéphale (Dieulafoy).

L'alcoolisme. — L'excitation cérébrale provenant de l'alcool doit, il nous semble, jouer un certain rôle dans la pathogénie de ces accidents. Les désordres matériels provenant soit de l'hérédité alcoolique, soit de l'alcoolisme acquis se traduisent par des lésions qui sans détruire les centres nerveux s'opposent à leur complet développement et peuvent créer des paralysies à forme hémiplegique. Dans une statistique faite par J. V. Hyelman à l'hôpital général de Helsingfors, Finlande, les *débauches alcooliques* chez au moins 33/100 de ses malades étaient les causes prédominantes de la localisation cérébrale précoce de la syphilis.

Hérédité nerveuse. — *Tare nerveuse.* — Il n'est plus à démontrer aujourd'hui avec quelle fréquence la syphilis non seulement rappelle l'hystérie sommeillante, mais souvent aussi l'éveille pour la première fois.

La chose est plus fréquente peut-être chez la femme et au début de la période secondaire.

La vérole, chez un hystérique jouera donc le rôle d'agent provocateur dans le développement de l'hémiplegie précoce. M. Barthélémy cite le fait d'une jeune femme de 22 ans qui fut prise *tous les jours* pendant plus d'un mois de crises violentes et convulsives à la fin de la période roséolique de l'infection syphilitique. Comme jamais auparavant il n'y avait eu de manifestation hystérique,

on redouta *une lésion cérébrale* quelconque *d'ordre spécifique* : il n'en était rien. Il s'agissait de crises hystériques d'une intensité et d'une fréquence peu communes, mais absolument caractéristiques et qui disparurent par les préparations mercurielles et ferrugineuses ainsi que par les douches froides.

Il s'agissait donc d'hystérie éveillée ou fortement stimulée par l'infection syphilitique.

L'hémiplégie hystérique précoce d'origine syphilitique peut donc se développer sous l'action directe de la toxine sur des centres nerveux.

CAUSES DIRECTES

Insuffisance ou absence de traitement. — Cette cause nous paraît peut-être jouer le rôle le plus important comme facteur de précocité dans l'hémiplégie syphilitique. Quoi de plus naturel ? Possède-t-on des signes avant-coureurs pouvant faire prévoir l'intensité de la future vérole. Nullement ! Est-ce que ces syphilis s'annoncent par des symptômes graves qui mettent en défiance le médecin ? Le plus souvent ce sont des syphilis à forme bénigne à la période primitive et secondaire. Elles débutent bien souvent par un « *petit chancre de rien* » à incubation longue (Fournier). Ces véroles qu'il faudrait traiter dès le début d'une manière intensive sont le plus souvent soignées avec quelques pilules de protoiodure quand elles ne sont pas abandonnées à elles-mêmes. C'est le plus souvent sous le coup d'une céphalée terrible, signe avant-coureur de l'hémiplégie que le syphilitique vient trouver son médecin. Aussi doit-on examiner bien attentivement le casier pathologique de tout syphilitique, scruter ses antécédents et ses aptitudes morbides et instituer dès le début s'il est un taré, un traitement énergique. « Nombre d'hémiplégiques soi-disant traités n'ont jamais été soumis en réalité qu'à des médications insuffisantes, faibles, timides, inertes, forcément frap-

pés d'impuissance, sans même parler de ceux qui n'ont eu jamais qu'un simulacre de traitement (Fournier).

Surmenage cérébral. — L'action du surmenage cérébral, des fatigues intellectuelles, apparaissent d'une façon manifeste, irrécusable, dans nombre d'observations déjà publiées. M. le professeur Fournier a observé des accidents cérébraux, avec un degré de fréquence vraiment remarquable, chez des gens adonnés par profession aux travaux de l'esprit, chez des hommes de lettres, des professeurs, des médecins.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'artérite cérébrale syphilitique précoce est de date relativement récente. Nous devons les principales connaissances que nous avons sur ce sujet aux travaux français de Lancereaux, de Cornil des professeurs Fournier et Dieulafoy, et plus récemment de Spillmann, de Brault, de Joffroy et Letienne, Charrier et Klippel, Baraban et Schmitt.

En Allemagne cette étude a été faite par Virchow, Heubner, Baugarten et Rumpf.

La lecture des différents travaux que nous venons de citer établit d'une façon certaine la réalité anatomique et même la fréquence de la syphilis cérébrale artérielle. Mais d'autre part, lorsqu'il s'agit des détails, du mode de début de la lésion, de son point de départ dans la tunique artérielle, les opinions sont déjà fort divergentes. On verra par exemple que d'après M. Lancereaux la lésion débute au niveau du tissu lymphoïde de l'artère, tissu pour lequel la syphilis a une affinité particulière, que d'après Heubner au contraire, la lésion débute dans la membrane interne.

Nous n'envisageons que l'artérite précoce. Nous croyons que dans ce cas il s'agit d'*artério-sclérose syphilitique*. Dans l'observation suivie d'autopsie de MM. Schmitt

et Baraban on constate la présence de l'athérome dans les carotides à leur entrée dans le crâne et, par conséquent, la présomption que le malade était déjà athéromateux avant de contracter la syphilis. Il aurait eu ses artères malmenées à la fois par la vérole et par l'athérome. Enfin pourquoi ne pas admettre que l'artério-sclérose prépare les voies à la syphilis cérébrale.

Nous croyons que le fameux axiome de Cazalis. « On a l'âge de ses artères » n'est jamais plus vrai que dans la syphilis.

Les lésions que l'on peut observer sur l'artère sont :

Le rétrécissement.

La rupture.

L'anévrysme.

a. — Au rétrécissement ou à l'oblitération incomplète succèdent des ischémies et des altérations de nutrition des éléments nerveux.

b. — A l'oblitération thrombosique succède un foyer de ramollissement variable d'étendue, de forme, d'aspect, de siège, de nature suivant le volume de l'artère oblitérée, la durée de la maladie.

c. — A l'anévrysme font suite les compressions diverses quelquefois la rupture terminale. En résumé, il est rare que l'on puisse reconnaître la nature syphilitique des artériopathies cérébrales. On ne peut que formuler un diagnostic de probabilité.

I. — Ce diagnostic on le formulera d'après les indications du professeur Dieulafoy en se souvenant.

a. — Que la syphilis a une prédilection marquée pour

les artères de l'encéphale qui ont un certain calibre, artères sylviennes, artères de l'hexagone de Willis.

b. — Que les lésions artériopathiques, sans avoir des caractères absolument propres, ont un air de famille qui leur est fourni par la fréquence de la lésion tunique interne, par des lésions consécutives d'où dérivent tous les symptômes. Ces lésions consécutives aboutissent soit à l'anévrysme, *endarterites ectasiantes*; soit au ramollissement, *endarterites oblitérantes*.

La forme ectasiente est le plus souvent localisée aux grosses artères de la base de l'encéphale; d'où anévrysme volumineux et hémorragies méningées après la rupture. C'est là l'anévrysme-type des artères cérébrales. Enfin la forme oblitérante peut sans doute déterminer des lésions irréparables de ramollissement par suite de l'oblitération incomplète, mais c'est l'exception; ce qui est la règle ce sont des oblitérations passagères et incomplètes caractérisées par des troubles fonctionnels non moins passagers et non moins incomplets.

SYMPTOMATOLOGIE

Au bout de combien de temps après l'accident primitif peuvent donc apparaître les accidents cérébraux précoces.

Dans le plus grand nombre des cas ils surviennent au huitième mois de la syphilis. Mais dans d'autres cas, ils arrivent beaucoup plus tôt. Dans une observation inédite due à l'extrême bienveillance de M. Mauriac, l'hémiplégie s'est déclarée 56 jours après le chancre.

Nous comprendrons donc sous le nom d'hémiplégie précoce les accidents cérébraux, arrivant dans les 12 ou 15 premiers mois de la vérole.

L'hémiplégie précoce peut survenir de deux façons bien distinctes ; elle peut frapper un individu brusquement, sans s'annoncer par aucun phénomène précurseur, ou au contraire, ce qui est le plus commun être précédée de prodromes. Quels sont donc ces derniers ?

Ces prodromes, M. le professeur Fournier les catégorise sous les quatre chefs que voici : céphalée, troubles congestifs, troubles moteurs, troubles sensoriels.

La céphalée survenant chez un individu syphilitique peu de temps après l'apparition du chancre, s'accusant par une *intensité notable* des *exacerbations nocturnes* marquées, une *ténacité singulière* doit mettre en défiance

le médecin. Les futurs hémiplegiques ont la plupart du temps comme symptômes avant-coureurs, des céphalées atroces, des troubles, de l'obnubilation, des vertiges.

« Les troubles d'ordre congestifs consistent en *vertiges*, sentiment de lassitude, de faiblesse générale. Somnolence. Engourdissement de l'intelligence. Débilité de mémoire. Amnésies.

Fréquemment encore l'hémiplégie précoce a pour prodromes divers *troubles de motilité*.

Les plus communs consistent en *faiblesses passagères* dans une région du corps, dans une main, dans un membre. Ce sont surtout des *troubles parésiques*.

Mais un ordre tout différent de troubles moteurs serquelquefois de préludes à l'hémiplégie, ce sont des *paralysies motrices de l'œil* et plus spécialement la *paralysie de troisième paire*.

Vient en seconde ligne *l'hémiplégie faciale* laquelle, à vrai dire, n'est le plus habituellement qu'un début même de l'hémiplégie.

Enfin un dernier ordre de phénomènes prodromiques consiste en des *troubles divers de la sensibilité générale*.

Des *fourmillements* vers l'extrémité des membres vers la main où le pied du côté qui doit être plus tard frappé d'hémiplégie.

Des *sensations de froid* se produisant dans un membre d'une façon passagère.

Des *engourdissements passagers*, » professeur Fournier.

Pour M. le professeur Fournier les douleurs cérébrales des membres constituent parfois un symptôme grave

en tant que phénomène avant-coureur d'une hémiplégie. Les prodromes connus, comment s'annonce et débute l'hémiplégie précoce?

L'hémiplégie syphilitique précoce peut apparaître sous trois formes :

La première forme sera apoplectique, le plus souvent *mortelle*. Les anévrysmes méningés rompus, les endartérites oblitérantes localisées aux gros troncs de la base sont les deux ordres de lésions anatomiques que l'on trouve à l'autopsie de malades ayant succombé ainsi.

La deuxième forme *paralytique grave* aboutit ou non à des lésions incurables, mais en tout cas entraîne des hémiplésies durables et qui ne guérissent que si l'on peut de bonne heure les traiter avec énergie.

Troisième forme *légère, aphasique et parétique*. Or, de toutes les formes cliniques de l'artérite cérébrale syphilitique, c'est celle qui offre le plus nettement un tableau vraiment spécifique. L'aphasie en est un symptôme des plus fréquents.

Reprenons la première forme de l'hémiplégie avec *ictus apoplectique*.

L'ictus apoplectique est rare, plus que rare même, exceptionnel dans *l'hémiplégie précoce*. En voici cependant une observation inédite que M. le professeur Audry, professeur à la *Faculté de médecine* de Toulouse, a eu l'extrême obligeance de nous communiquer.

« X. ., 27 ans, élevé dans une école vétérinaire, quelques excès alcooliques, sans antécédents.

Je le vois avec un chancre syphilitique datant de un mois et demi, à allure ulcéreuse un peu térébrante sié-

geant dans le sillon. Traitement par protoïodure mal suivi.

Il revient au bout de trois mois avec une syphilide généralisée à éléments assez peu nombreux, petits, mais à tendance destructive, à teinte ecchymotique, laissant de vraies cicatrices rondes, fortement pigmentées. Il reprend le traitement et le suit assez mal.

Treize mois après le chancre, se promenant, il éprouve dans la journée des vertiges, l'après-midi, de la difficulté de la marche par parésie transitoire de la jambe. Le soir il tombe foudroyé par un *ictus apoplectique*.

Je suis appelé auprès de lui le lendemain, hémiplegie droite complète et flasque ; anesthésie du membre inférieur. Déviation de la bouche.

Depuis aphasie, état très grave, imminence de mort.

Frictions mercurielles. Iodure de potassium à la dose de 10 à 15 grammes.

Amélioration après 5 à 8 jours. Retour progressif de la connaissance puis de la parole. Les sphincters reprennent leurs fonctions.

Un mois plus tard, il est toujours en état d'hémiplegie motrice à peu près complète mais avec quelque amélioration. Parole très améliorée. Continuation du traitement.

Ultérieurement l'affection évolue comme une hémiplegie vulgaire qui s'améliore.

Au bout d'un an, je le revois avec restitution complète des fonctions cérébrales, de la parole. Il existe seulement des contractures dans les deux membres du côté droit. Mains en particulier. Marche très difficile, possible avec une canne, en boitant fortement. Réflexes exagérés. Etat paraissant devoir être définitif.

Diagnostic probable. — Hémorrhagie cérébrale ou oblitération de la sylvienne.

A coup sûr, artérite syphilitique. Dès le début, la syphilis sans être maligne a eu un caractère anormal. Traitement insuffisant surtout pour une pareille forme. Peut-être un peu d'alcool et de surmenage ».

L'observation de M. le professeur Audry est d'autant plus intéressante que les cas d'*apoplexie syphilitique* se comptent.

On peut donc admettre que l'artérite cérébrale syphilitique peut se présenter cliniquement sous une forme apoplectique, que la mort est due soit à la rupture d'un anévrysme, soit à l'existence d'un caillot obturateur, anévrysme siégeant sur une artère volumineuse dont l'intégrité fonctionnelle est indispensable à l'existence.

A côté de cette forme apoplectique, nous décrivons une forme hémiplegique avec *ictus simplement résolutif* sans perte de connaissance. Ici la question qui se pose est bien simple. L'hémiplegie est due à un foyer de ramollissement consécutif à l'oblitération complète d'une artère de moyen ou de petit calibre.

Le siège de l'artérite oblitérante qui entraîne cette hémiplegie est presque toujours l'artère sylvienne. Suivant le degré d'oblitération de ce vaisseau, suivant la hauteur de l'artère où le caillot s'est fait, les symptômes hémiplegiques varieront. Ce qui les distinguera, nous ne saurions trop le répéter des autres hémiplegies, c'est leur évolution spéciale. La très belle observation inédite suivante due à l'extrême obligeance de M. Rauzier, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, servira mieux que toutes les

descriptions à donner une idée de l'hémiplégie syphilitique d'origine artérielle :

« Le 17 janvier 1897, on m'appelait dans une ville des environs pour voir un homme de 30 ans, malade depuis 45 jours : fièvre rémittente pendant 15 jours, céphalée atroce ou plutôt névralgie péri-cranienne (la nuit surtout), anorexie, langue sale. Après une accalmie de quelques jours, une légère hyperthermie vespérale s'est manifestée à nouveau, une affreuse névralgie occupe le domaine des deux trijumeaux. Douleur cérébrale dans les bras. La douleur nocturne est si vive que l'entourage craint pour la raison du malade. Celui-ci a d'ailleurs énergiquement nié la syphilis quand son médecin l'a interrogé sur ce point. On a essayé sans succès tous les analgésiques.

« J'obtiens un examen complet après mille péricépées, et je trouve sur le prépuce deux cicatrices indurées, l'une petite, l'autre volumineuse, une pléiade ganglionnaire dans l'aîne gauche, des ganglions cervicaux, des plaques muqueuses sur l'amygdale gauche, de l'angine diffuse et une coloration marbrée de la peau. Les indurations dont le malade ne soupçonnait pas la nature, avaient survécu à des ulcérations qui s'étaient montrées fin octobre 1896, et pouvaient être rapportées à un coït *ab ore* unique, réalisé fin septembre 1896.

Le diagnostic porté est celui de typhose syphilitique avec névralgie trifaciale violente asymétrique inaugurant le début d'une syphilis secondaire.

Le malade est soumis aux injections de calomel (0,05) et son état s'améliore rapidement. Après 10 injections, on

substitue aux piqures des pilules de protoiodure et une petite quantité d'iodure de potassium. Cela n'empêche pas une éruption confluyente de plaques muqueuses à la gorge.

On me rappelle auprès du malade le 18 février 1898, soit 11 mois après l'apparition du chancre. A la suite d'un surmenage d'affaires, notre sujet qui est un gros négociant a présenté un affaissement que tout son entourage a remarqué; il était somnolent, engourdi, indifférent aux affaires et cependant ne souffrait pas de la tête. La veille en rentrant de son bureau, il a été pris d'un étourdissement dans l'escalier de sa maison, tout en continuant à monter, il a senti la partie gauche du corps s'affaiblir peu à peu et sa démarche devenir progressivement incertaine. Il entre chez lui et atteint sans aide un canapé. On appelle immédiatement son médecin, le malade se lève pour le recevoir, mais la jambe gauche fléchit et il tombe sans *perdre connaissance*. Depuis ce moment, il existe dans le côté gauche une parésie totale, d'intensité très variable suivant le moment, moindre depuis un purgatif qui a donné trois selles. A l'examen, il constate que le membre inférieur gauche n'est presque plus paralysé; le membre supérieur l'est davantage, la face est très déviée (mimique entièrement abolie de ce côté, parler difficile, pâleur en l'absence d'aphasie). La motilité de la langue et du voile du palais est normale. La sensibilité est légèrement diminuée à gauche avec trouble visuel ou sphinctérien. Les réflexes sont exagérés dans les deux membres inférieurs, il existe à gauche de la trépidation épileptoïde, pas de contractures. La température et les sécrétions ne sont pas modifiées. Sauf quelques cicatrices aux commissures des

lèvres et quelques ganglions dans les aines, les indurations chancreuses n'existent plus.

Diagnostic, *syphilis cérébrale précoce (Artérite)*. Traitement. Injection de calomel, iodure à haute dose, cachets laxatifs, bains de pieds sinapisés, repos cérébral absolu.

Le 27 février, le malade est très amélioré, il se tient facilement debout sur chaque pied, il a recouvert suffisamment de force dans son membre supérieur pour pouvoir jouer du piano; cependant ce membre est encore plus faible que l'autre. Seule sa parésie faciale persiste.

Le 7 juin, la parésie faciale n'est plus apparente que dans les mouvements forcés. Il n'y a plus trace de parésie dans les membres ».

Dans cette remarquable observation le malade a assisté *conscient* à son attaque, il l'a vue, il s'en est rendu compte. C'est bien *l'hémiplégie progressive* décrite par M. le professeur Fournier, s'établissant et se confirmant d'une façon calme, sans apoplexie et sans ictus, s'étant produite en *pleine connaissance*.

Il n'est pas rare que l'hémiplégie fasse invasion pendant le *sommeil* de sorte qu'à leur réveil, seulement, les malades se trouvent paralysés.

Le malade qui fait le sujet de notre observation personnelle, s'est trouvé paralysé du côté gauche à son réveil.

Quelles sont les particularités plus ou moins spéciales que peut présenter l'hémiplégie syphilitique précoce à l'état confirmé?

Au point de vue de la motilité deux points essentiels se présentent à spécifier.

L'hémiplégie syphilitique précoce est presque toujours une hémiplégie *incomplète*.

Elle paralyse une moitié du corps à des degrés divers mais jamais ou presque jamais elle anéantit les puissances motrices d'une façon absolue.

2° L'hémiplégie précoce est souvent une *hémiplégie partielle* ou tout au moins une hémiplégie très *inéga*le d'un segment à un autre segment de la moitié du corps affecté.

La sensibilité est loin d'être affectée au même degré que le mouvement dans l'hémiplégie syphilitique. Pour M. le professeur Fournier, dans l'hémiplégie syphilitique, la sensibilité reste absolument indemne.

Enfin terminons en disant que l'aphasie est fréquemment associée dans la syphilis cérébrale à l'hémiplégie droite.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Comment distinguerons-nous l'hémiplégie syphilitique précoce des autres variétés d'hémiplégie.

On se fondera surtout sur l'âge des sujets ; il s'agit presque toujours de sujets relativement jeunes, sur les signes prémonitoires, le syndrome syphilitique qui a précédé les autres signes, syndrome qui ne manque jamais quand on sait le trouver, et qui a pour signe principal la céphalée vespérale atroce. Ces signes peuvent ne pas être aussi accusés qu'ils doivent l'être ; cependant ils existent et c'est en sachant les diagnostiquer que l'on arrive à préciser la nature des accidents cérébraux que l'on a sous les yeux ; c'est grâce à ces signes prémonitoires, c'est grâce à la marche de la paralysie, marche progressive, que l'on évitera de porter le diagnostic d'hémiplégie vulgaire avec ou sans athérome, avec ou sans thrombose. Les hémiplégies syphilitiques même avec ictus, ont été précédées de prodromes. Ces prodromes manquent dans les embolies cérébrales d'origine cardiaque, dans les hémiplégies diabétiques. (L'examen des urines doit d'ailleurs toujours être fait).

Une des formes d'hémiplégie passagère fugace, avec ou sans aphasie, qui prête le plus à la confusion, c'est l'hé-

miplégie chez les hystériques : on peut faire le diagnostic différentiel à l'aide des quatre signes suivants :

1° L'attaque hystérique est soudaine et rapide à la suite d'une émotion ou d'un choc *en dehors de tout prodrome*.

2° Elle affecte la forme hémiplegique le plus souvent, et surtout le côté gauche, *la face est très rarement touchée*.

3° Son *degré varie d'un jour à l'autre*.

4° Il existe de l'*hémianesthésie gauche et des anesthésies diverses*.

Voilà quatre grands caractères majeurs qui n'existent pas dans l'hémiplegie syphilitique.

1° Celle-ci au contraire est précédée de prodromes importants. En particulier la *céphalée*, elle a pour habitude sinon pour caractère constant de se produire sans ictus apoplectique *avec conservation de connaissance*.

2° L'hémiplegie faciale syphilitique est fréquente, c'est presque la règle.

3° Le retour à la motilité dans l'hémiplegie syphilitique précoce est d'une grande lenteur. C'est après de longues semaines de traitement que le malade commence à ébaucher des mouvements.

Enfin dans l'hémiplegie syphilitique la sensibilité reste le plus souvent indemne.

Quelques caractères rapprochent encore l'hémiplegie syphilitique précoce de l'hémiplegie hystérique.

La paralysie est rarement complète dans les deux cas. Les réflexes rotuliens sont exagérés. La présence des stigmates syphilitiques (globe ovarique, rétrécissement du champ visuel) confirmera d'ailleurs le diagnostic.

Notre maître, M. Fournier, signale l'utile et significatif appoint qui peut être fourni par la coïncidence avec l'hémiplégie d'autres *manifestations syphilitiques* telles que syphilides cutanées.

Faute de signes, le traitement attestera la spécificité d'une façon positive.

MARCHE — DURÉE — PRONOSTIC

La disparition de l'hémiplégie précoce s'effectue toujours d'une façon progressive.

La durée lorsqu'on lui applique le traitement spécifique est en général de cinq à sept semaines.

Quant au pronostic, il doit être très réservé. Les hémiplégies précoces peuvent être aussi graves au début qu'à la phase moyenne ou aux phases ultimes de la syphilis cérébrale. Un malade qui devient aphasique et hémiplégique quatre ou cinq mois après le chancre est aussi sérieusement atteint que s'il n'est frappé que 5, 10, 15 ans après le début de l'intoxication (Mauriac). De toutes les artérites cérébrales syphilitiques les plus graves sont celles qui se traduisent cliniquement par l'apoplexie, car elles sont souvent mortelles. Viennent ensuite celles qui engendrent des hémiplégies complètes qui comportent une certaine gravité car elles entraînent souvent une guérison incomplète.

TRAITEMENT

Dès qu'on a lieu de redouter une syphilis artérielle du cerveau au début de la vérole, on doit instituer aussitôt le traitement et frapper fort pour frapper juste.

Il faut donner le mercure et l'iodure. Il faut atteindre des doses considérables sans dédaigner la méthode par ingestion ; nous croyons ici que les méthodes de choix sont les frictions mercurielles et les injections solubles et insolubles de sels de mercure. Il faut aller vite. D'ailleurs comment le tube digestif supporterait-il une dose aussi considérable de mercure ? Les frictions constituent un traitement actif et puissant comme effets thérapeutiques ; 2° elles laissent indemnes les voies digestives ; 3° elles laissent libre la voie stomacale pour d'autres remèdes. Les injections solubles sont excellentes, mais chez un malade dont on a tout intérêt à ménager le système nerveux il faut y regarder à deux fois avant de le cribler de piqûres qui détermineront des phénomènes *douloureux intenses*.

La méthode des injections insolubles est douée d'effets thérapeutiques puissants. Les effets se produisent souvent avec une intensité remarquable. Il existe par contre des phénomènes excessivement douloureux. Dans ce cas on fera usage d'huile grise, préparation plus douce et mieux tolérée mais bien moins énergique.

Mercure purifié 20 gr.

Teinture de benjoin. . . . 5 gr.

Huile de vaseline. . . . 40 gr.

La contenance d'une seringue de Pravaz correspond dans cette formule à 36 centigrammes de mercure métallique. On en injecte en moyenne d'un quart à un tiers de seringue.

En résumé : Aussitôt que la syphilis est soupçonnée :
Repos cérébral absolu.

Onguent mercuriel en frictions 4 à 6 grammes par jour.
Iodure de potassium 6 grammes le premier jour, puis 8 le lendemain ; 10, 12, jusqu'à 16 à 18 grammes en 24 heures.

S'il y a de la salivation, solution mêlée de biiodure.

Huile stérilisée. 10 gr.

Biiodure de mercure 4 centigr.

Une seringue de Pravaz contient un millig. de biiodure.

Dose quotidienne une demi-seringue de Pravaz à une seringue et demie ou bien la formule favorite de notre maître.

Calomel à la vapeur. . . . 1 gr. 50

Huile de vaseline. 15 gr.

Une injection tous les huit jours au début du traitement.

Enfin les injections au benzoate de mercure préconisées par M. Gaucher, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, sont excellentes.

En résumé, pour *prévenir* ou pour obtenir la guérison de l'hémiplégie cérébrale précoce, il faut *frapper juste, vite et fort*.

OBSERVATION I

Hémiplégie gauche au huitième mois d'une syphilis normale. Mort.

Homme de 46 ans d'une bonne santé habituelle pas alcoolique, exerçant la profession de tailleur entre le 16 mars 1887 dans le service de M. Mauriac à l'hôpital du midi. Huit mois auparavant (août 1886) chancre syphilitique du prépuce, on perçoit encore un peu d'induration au moment de l'entrée à l'hôpital ; roséole en septembre, éruption papuleuse disséminée en novembre. Ces accidents ont été constatés et soignés par M. Mauriac à la consultation du Midi ; le traitement a été continué presque sans interruption jusque en février 1887.

Vers le 15 février, apparition d'une céphalalgie atroce, surtout insupportable la nuit ; au bout de quelques jours, autres symptômes cérébraux : affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, embarras de la parole ; maladresse des mains, faiblesse et incertitude dans la marche sans incoordination réelle des mouvements. Vers le premier mois, les symptômes s'accroissent davantage, le malade a une perte complète de connaissance pendant quelques heures. Mais aucun phénomène convulsif. Dans les urines, un gramme d'albumine par litre, mais pas d'œdème des membres inférieurs. A partir du 15 mars, évolution très rapide des accidents ; le malade ne peut plus marcher sans être soutenu, puis quelques jours après, ne peut plus se tenir debout ; parole de plus en plus difficile, hémiplégie gauche complète, coma et mort deux jours après.

Dès le début des accidents, le malade avait pris soit du sirop de Gibert, soit 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

Autopsie. — Rien du côté des plèvres du poumon, du cœur, de l'aorte et des organes abdominaux, les reins sont congestionnés et, sur certains points, à l'examen histologique entre les tubuli contorti, on peut observer des flots de cellules embryonnaires qui semblent indiquer un début de néphrite interstitielle. A l'ouverture du crâne, on ne constate aucune exostose, le cerveau et ses enveloppes ont un aspect absolument normal ; des coupes méthodiques ne montrent aucune altération d'hémorrhagie ou de ramollissement ; mais les artères de la base du crâne sont manifestement altérées. Les carotides internes sont légèrement épaissies et blanchâtres, mais perméables ; la cérébrale moyenne droite, dès son origine, présente un épaississement et une forme cylindrique avec une teinte blanchâtre particulière ; oblitération des branches principales par un caillot rouge solide qui les remplit complètement ; cérébrale antérieurement blanchâtre et oblitérée par un caillot rouge, la cérébrale moyenne gauche présente quelques taches blanchâtres, mais elle est restée perméable ainsi que la cérébrale antérieure.

(*Annales de dermatologie*, 1888).

OBSERVATION 2

Syphilis secondaire. Hémiplégie gauche. Traitement hydrargyrique. Guérison.

Le nommé B..., 47 ans, entre dans le service du professeur Schutzenberger le 21 mai 1871. C'est un homme robuste d'un tempéramment sanguin, toujours bien portant jusqu'alors. La

veille, il fut frappé subitement, sans contractures, sans convulsions, sans perte de connaissance, d'une paralysie du côté gauche.

Intelligence intacte ; aucun trouble visuel : parole libre. L'attaque avait été précédée de douleurs de tête vives mais passagères, et, quelques jours avant de vertige et d'un peu de somnolence. La motilité est abolie dans les membres inférieur et supérieur du côté gauche, avec persistance de la sensibilité textile et exagération de la sensibilité réflexe. Légère paralysie faciale à droite. Douleurs ostrocopes dans les jambes. Roséole sur tout le corps. Aucun accident du côté de la gorge, Traces de l'accident primitif, remontent à quatre mois environ à la base du gland. Apyrexie complète. Aucune altération du cœur et des artères. Eu égard aux accidents spécifiques, cette hémiplegie subite est attribuée à la présence d'une tumeur gommeuse cérébrale et l'on prescrit 1 centigramme de sublimé en deux injections tous les deux jours. Régime ordinaire. Au vingt-cinquième jour, le malade se promène dans la salle à l'aide de béquilles. L'hémiplegie a disparu ainsi que l'éruption maculaire.

Après cinq nouvelles injections on cesse le traitement. Le malade circule dans les salles. Aucune irritation locale : un peu de salivation vers le vingtième jour ; gargarisme chloraté. Etat général excellent.

Résumé. — Nombre d'injections 30. Quantité de sublimé injectée 15 centig. Durée du traitement. 30 jours.

Tribune médicale, 12 janvier 1873.

OBSERVATION 3

Observation de syphilis cérébrale secondaire.

Anne C..., mariée à un soldat, âgée de 21 ans, entra à l'hôpital le 29 septembre 1868. Elle avait eu un an auparavant une ulcération vulvaire qui guérit rapidement, mais sur laquelle elle ne peut donner de renseignements. Deux mois plus tard, survint une éruption cutanée qui disparu sans traitement. Il y a un mois et demi, elle eut une seconde éruption différente de la précédente, en même temps, elle commença à ressentir des bourdonnements d'oreille.

A l'examen des organes génitaux, on ne trouva pas trace de l'ulcération, le tronc et les extrémités étaient le siège d'un exanthème papuleux plus confluent sur les jambes que sur les bras; les ganglions du cou, des aisselles, de l'aîne étaient fortement gonflés et indurés, la muqueuse gutturale injectée, et on remarquait sur la partie postérieure, une surface ulcérée présentant un fond de couleur sale. La malade se plaignait de douleurs de tête, de bourdonnements d'oreille; on lui ordonna du sublimé en pilule (1/10 de grain).

19 octobre. — La dose de sublimé est portée à 1/5 de grain.

23 octobre. — Céphalalgie plus vive, 15 grains d'iodure de potassium par jour.

2 novembre. — L'iodure de potassium et le sublimé sont supprimés à cause des douleurs abdominales.

6 novembre. — Céphalalgie plus vive encore.

29 novembre. — La malade se plaint de souffrir surtout dans la moitié droite de la tête.

1^{er} décembre. — On supprime l'iodure et le sublimé, et on fait des frictions avec l'onguent mercuriel.

5 décembre. — La céphalée persiste. Insomnie.

7 décembre. — Dans la matinée, la malade perd tout d'un coup la parole, il se manifeste de la parésie dans les extrémités, la moitié gauche du corps et le nerf facial gauche. La sensibilité des parties paralysées reste normale. Pendant le développement de tous ces symptômes, la malade ne perd pas la conscience d'elle-même. Les frictions sont continuées.

8 décembre. — La parole revient lentement ; la prononciation des mots reste pourtant confuse, la malade répond intelligemment à toutes les questions, mais seulement après un certain temps.

10 décembre. — La céphalée continue.

30 décembre. — La malade perd connaissance, sa conscience revient au bout de deux heures, mais non la parole. La paralysie subsiste au même degré.

21 janvier 1869. — La céphalée diminue considérablement, la parésie des extrémités a disparu, celle du nerf facial est encore un peu perceptible et les extrémités ne gardent plus qu'une légère faiblesse qui permet pourtant à la malade de se frictionner elle-même.

12 janvier. — La céphalée a complètement cessé.

17 mars. — Tous ces symptômes sont évanouis et la malade quitte l'hôpital.

Archiv. f. Dermatologie und syphilis 1850.

OBSERVATION 4

Hémiplégie gauche complète au 9^e mois.

G..., âgée de 24 ans, mariée et mère de deux enfants bien portants, entra à la maison de secours le 20 février 1888.

Dans l'étude de ses antécédents, aucune maladie antérieure, aucune affection vénérienne, aucune trace d'alcoolisme. D'une intelligence fort médiocre, G... se livrait à la prostitution pour subvenir aux besoins du ménage et aider à nourrir ses enfants.

Pendant les premiers jours de janvier, elle avait remarqué à la partie inférieure de la grande lèvre gauche une écorchure, suivie d'œdème de la lèvre, œdème dur non douloureux qui ne l'inquiéta en aucune façon et pour laquelle elle ne suivit aucun traitement. Surprise par la police, elle fut amenée le 20 février dans le service des vénériennes.

A son entrée, on constate encore de l'œdème dur, indolent, de la grande lèvre gauche et, à la partie inférieure et interne de cette lèvre, une cicatrice récente fortement indurée à sa base. Dans les deux aînes, un chapelet ganglionnaire, à gauche, un ganglion plus volumineux que les autres avait dès le début attiré l'attention de la malade (ganglion anatomique). En même temps il existe plusieurs syphilides papulo-érosives de la face interne des grandes lèvres, du bord et de la face interne des petites lèvres ; au dire de la malade, elle n'aurait eu depuis son premier accident, ni fièvre, ni malaises, ni taches sur le corps.

Soumise au traitement mercuriel (Proto-iodure d'hydrarg, 10 centigrammes) et à un traitement local, les accidents disparurent rapidement.

Le 25 avril. — Survint une éruption de roséole accompagnée d'un mouvement fébrile avec céphalée peu intense et le 10 juin, on note une nouvelle poussée de syphilides érosives des parties génitales.

Tous ces accidents paraissaient indiquer une syphilis très bénigne.

Le 20 août — La malade présente sur le tronc et les membres une éruption papuleuse assez confluyente et se plaint de malaise général, d'inappétence, de constipation opiniâtre, de céphalalgie gravative occupant toute la région fronto-pariétale et s'accompagnant de vertiges.

La dose de proto-iodure est portée à 15 centigrammes par jour et au bout de 48 heures la fièvre cesse ; l'éruption du tronc a pâli, mais la céphalée a augmenté encore, elle est atroce sur tout la nuit et empêche tout sommeil.

Quand le 25 août au soir, en causant dans la cour avec ses compagnes, la malade s'affaisse tout à coup sans cri, sans perte de connaissance. Il lui est impossible de se relever et l'on constate une hémiplegie gauche complète pour le membre inférieur, incomplète pour le bras, avec paralysie faciale de ce côté.

Le lendemain, 26 août, l'hémiplegie est complète au bras comme à la jambe, la paralysie faciale s'est accentuée encore, avec chute de la paupière supérieure gauche, dilatation de la pupille de ce côté, embarras de la parole, difficulté des mouvements de la langue et des mouvements de déglutition.

L'intelligence est intacte, la céphalalgie a diminué, mais la malade se plaint de temps en temps de secousses dans le côté paralysé.

Dès le début de ces accidents, le traitement a été modifié et

remplacé par des frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain, 4 grammes d'iodure de potassium, et 200 grammes de vin de quinquina.

Après la 6^e friction déjà, 1^{er} septembre, l'hémiplégie a diminué la malade peut exécuter quelques mouvements volontaires de son bras, la jambe reste encore inerte.

Après 15 frictions, 10 septembre, la malade peut se lever, elle se sert facilement de son bras, qui est encore raide, mais traîne fortement la jambe en marchant, la paralysie faciale complètement disparu, les mouvements de la langue sont intacts, la déglutition facile.

Elle quitte le service le 14 octobre après une série de 35 frictions interrompues une fois pendant 5 jours en raison d'un début de stomatite mercurielle : les mouvements du bras sont réguliers, mais la force du dynamomètre sensiblement moindre que dans le côté opposé, la jambe n'a pas encore repris non plus tous ses mouvements, elle traîne fortement pendant la marche.

(*Revue Médicale de l'Est*, 1888).

OBSERVATION 5

Hémiplégie gauche au septième mois d'une syphilis normale (mort) neuf mois et demi après l'infection.

M... âgé de 45 ans, ébéniste, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents morbides spéciaux et ne présentant aucun signe d'alcolisme, eut un rapport infectant le 27 avril 1887. Le chancre se montra dans les premiers jours de mai et le malade entra à la clinique des maladies syphilitiques et cutanées le 29 juin portant encore la cicatrice de son chancre avec induration, œdème préputial et adénopathie biinguinale.

Quelques jours après son entrée se développe une roséole généralisée et quelques plaques muqueuses se montrent sur le voile du palais et la face interne de la lèvre inférieure.

Soumis au traitement mercuriel par le proto-iodure d'hydrargyre (10 centig. par jour), les accidents disparurent rapidement et le malade put sortir dans les premiers jours d'août, ne présentant plus aucune manifestation spécifique et promettant de continuer exactement le traitement prescrit.

Mais en l'absence d'accidents, il avait oublié sa promesse, quand dans les premiers jours de novembre, survint une céphalalgie frontale interne s'exaspérant la nuit, et le 16 novembre, sept mois après le début du chancre, une hémiplegie motrice gauche.

Au milieu de son travail et alors que la céphalée paraissait diminuée depuis quelques jours, il eut un vertige, tomba sans perdre connaissance et fut relevé par ses camarades d'atelier avec une hémiplegie complète du côté gauche de la face aussi bien que des membres.

Transporté à l'hôpital de la ville qu'il habitait en ce moment, il y fut soumis à des frictions mercurielles, mais dut le laisser après quelques jours (six ou huit jours, dit-il) en raison d'une stomatite assez violente ; et reprit de l'iodure de potassium et du sirop de Gibert.

Entre temps, les phénomènes d'hémiplegie avaient diminué sans céder complètement, et le malade espérant une guérison plus complète revint à la maison de secours, le 5 janvier 1888.

A ce moment on constate une hémiplegie motrice et sensitive du côté gauche. Le malade peut exécuter quelques mouvements du bras gauche qui est légèrement contracturé ; il marche, mais en traînant la jambe et en appuyant sur la face externe du

pied ; par instants, le côté gauche est le siège de crises douloureuses avec contractures.

L'anesthésie porte sur ses différents modes de sensibilité, mais il n'y a pas d'anesthésie sensorielle, pas de troubles moteurs vers la face.

Le malade est immédiatement soumis aux frictions mercurielles avec 5 grammes d'onguent napolitain et à l'iodure de potassium 3 à 5 grammes par jour.

Après 20 frictions, le 20 janvier, l'hémiplégie a diminué sans céder tout à fait ; mais depuis quelques jours le malade se plaint d'accès de céphalée surtout nocturnes et si violents qu'ils empêchent le sommeil.

Le 3 février. — A la visite du matin, le malade qui avait dormi la plus grande partie de la nuit, a de la peine à se faire comprendre ; il hésite, bredouille, ne trouve pas les mots, il paraît souffrir du côté gauche de la tête, il ne peut soulever le bras droit, et remue difficilement la jambe droite.

Malgré la continuation des frictions, portées à 8 grammes, l'hémiplégie augmente les jours suivants : l'aphasie persiste l'intelligence s'affaiblit, le malade a l'air hébété, indifférent.

Le 11 février. — Il est dans une sorte de coma, interrompu par des mouvements d'agitation, des cris plaintifs ; il y a de la paralysie des sphincters, des râles trachéaux se font entendre et, après 4 jours de cette espèce d'agonie, le malade meurt, le 15 février, trois mois après le début des accidents paralytiques, 9 mois et demi après l'infection.

L'autopsie est pratiquée 18 heures après la mort. A part une congestion pulmonaire intense aux deux bases, on ne note aucune lésion apparente du côté du cœur, du foie, des reins.

L'aorte examinée dans toute sa longueur, ne présente que

quelques plaques d'athérome autour de l'orifice des petits vaisseaux : ni les coronaires, ni les radiales ne sont athéromateuses.

Les seules lésions notables se trouvent dans le cerveau. A l'ouverture du crâne on constate que l'hémisphère gauche, est plus volumineux, plus turgescent que l'hémisphère droit qui paraît au contraire mou, aplati.

Les méninges ont une coloration normale, mais sur les vaisseaux de sa pie-mère existe un pointillé grisâtre qui rappelle un peu un semis tuberculeux.

La sylvienne gauche, la communication antérieure et la basilaire sont gonflées, épaissies d'une teinte grisâtre, distendues par un caillot cruorique adhérent à la face interne de ces vaisseaux dont on a de la peine à le détacher.

De ce côté gauche (lésion récente) existe un ramollissement de la couche grise des circonvolutions de l'insula, empiétant de part et d'autre sur les circonvolutions limitant la scissure de Sylvius.

A droite (lésion ancienne) la sylvienne absolument blanche et vide de sang, est obstruée par une masse blanchâtre, adhérente à la paroi interne du vaisseau ; cette artère et sa cérébrale antérieure ont un calibre irrégulier.

De ce côté on constate un ramollissement de toute la circonvolution du pli courbe, s'étendant en profondeur jusqu'au ventricule latéral, le corps strié est ramolli sauf une petite bande de noyau extra-ventriculaires. La couche optique est transformée en un magma brunâtre.

C'est la nécrobiose consécutive aux *obstructions artérielles*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomiquement les lésions sont manifestement inflammatoires. Pouvant porter à la fois sur les trois tuniques artérielles, elle intéressent plus spécialement la tunique interne, et y débutent dans la lame élastique dont les éléments irrités parviennent à constituer, sous l'endothélium et sans sa participation, une zone fibreuse lamellaire plus ou moins épaisse, qui rétrécit graduellement le calibre vasculaire.

Habituellement, l'inflammation n'est pas assez vive pour provoquer la chute de l'endothélium, et l'artère reste perméable, même avec une lumière très réduite; mais parfois il y a de petites recrudescences locales, formation de nodules embryonnaires et consécutivement, desquamation endothéliale puis thrombose. En somme, il s'agit d'un processus aigu dont les produits ne sont pas susceptibles de dégénérer, ils peuvent au contraire devenir, au cours de leur évolution et sur les points disséminés çà et là, le théâtre de manifestations très actives.

C'est donc une artérite à coup sûr, mais est-elle spécifique?

En considérant d'un côté, la syphilis contractée par l'individu, de l'autre la physionomie toute particulière de ces lésions artérielles on est porté à établir entre elles

une relation de cause à effet. La principale objection que l'on puisse faire à cette manière de voir c'est la présence de l'athérome dans les carotides à leur entrée dans le crâne et, par conséquent, la présomption que le malade, étant déjà athéromateux avant de contracter la syphilis, a eu ses artères malmenées à la fois par la vérole et l'athérome. Sans aucun doute, il n'y a pas d'impossibilité là dedans, mais si l'on se rappelle avec quelle lenteur ce dernier évolue, si l'on songe qu'il aboutit aux dégénérescences, aux incrustations calcaires, on lui accordera qu'une bien faible part, dans la production du beau tissu fibreux bien vivant, observé dans l'endartère.

Tout au plus admettra-t-on que son rôle le plus probable a été de préparer les voies à l'autre et l'on reconnaîtra que la syphilis peut produire dans les artères de l'encéphale une variété d'artérite qui lui est propre.

L'intérêt clinique de ces deux cas réside surtout dans la précocité des accidents nerveux, ils confirment d'ailleurs les données classiques sur l'hémiplégie syphilitique précoce. Dans les deux cas, c'est dès le huitième mois après l'infection, au cours d'une syphilis jusque-là bénigne et banale et même d'une syphilis traitée, dans les deux cas, c'est après une période de céphalée violente, symptôme prodromique habituel des accidents nerveux plus graves que s'est produite brusquement, sans perte de connaissance toutefois, l'attaque d'hémiplégie.

Dans ces deux cas, un traitement énergique par des frictions mercurielles et l'iodure de potassium n'a pu qu'amender les symptômes paralytiques sans arriver à les guérir complètement. Ce serait une grave erreur « en

effet, que de vouloir attendre du traitement scientifique, si énergique qu'on veuille l'instituer, plus qu'une action spécifique. Et c'est ce qui aggrave singulièrement le pronostic de la syphilis cérébrale. Si efficace qu'on puisse le croire contre la gomme ou l'artérite, il ne peut rien contre les lésions vulgaires: hémorrhagie ou ramollissement qui en sont la conséquence. Quelquefois même, et c'est un fait qui se vérifie dans notre seconde observation, quelquefois il est impuissant à arrêter l'évolution de ces lésions spécifiques. Malgré une intervention active, les lésions progressent, des récidives se montrent et sa mort peut en être la conséquence.

Dans cette seconde observation, l'étude des vaisseaux centraux prouve que l'on a affaire à un cas typique d'artérite syphilitique.

Revue Médicale de l'Est, 1888 (Schmitt et Baraban).

OBSERVATION (personnelle).

Le nommé Louis C..., âgé de 28 ans, modelleur, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 9 mai 1899, pour un chancre induré, contracté, au mois de juillet 1898. Bons antécédents personnels.

Cependant mère morte d'hémorrhagie cérébrale en 1887. Pendant son service militaire, il devient alcoolique et fait surtout des excès d'absinthe.

Son chancre évolue normalement. Au mois d'octobre 1898, apparition de syphilides papuleuses sur le front. Il suit alors un traitement et prétend avoir employé trois boîtes de pilules de protoiodure, soit 180 pilules ?

Il commence au mois de janvier 1899 à éprouver une céphalée opiniâtre à exacerbation nocturne très marquée, il a en

même temps des vertiges, des éblouissements, des accès passagers d'obnubilation, de défaillance. Il vient consulter à l'hôpital Saint-Louis. Dans la nuit qui suit son admission, il est frappé pendant son sommeil d'un *ictus resolutif* sans perte de connaissance.

Au réveil il constate qu'il est paralysé du côté gauche avec légère aphasie.

10 mai. — L'hémiplégie est facile à reconnaître. Tout mouvement est supprimé dans le membre inférieur gauche, le soulève-t-on il retombe comme une masse inerte quand on le relâche.

Les muscles sont atteints de paralysie flasque. Les réflexes rotuliens sont exagérés, on peut provoquer la trépidation épileptoïde.

On le soumet aux injections de calomel de 3 centigrammes avec 10 grammes d'iodure.

Une injection par semaine.

A la deuxième injection.

18 mai. — Amélioration sensible dans le membre inférieur gauche. Flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin.

25 mai. — Le malade commence à causer facilement.

5 juin. — Le malade commence à marcher mais la jambe gauche est agitée de tremblement.

Aucune amélioration encore dans le bras gauche.

A partir du 6 juin deux frictions mercurielles par jour.

10 juin. — Commencement d'ébauche de mouvement du bras gauche. Le malade peut exécuter de légers mouvements de flexion.

15 juin. — Aucune modification dans le bras gauche.

20 juin. — Le malade en est à sa douzième injection au calomel. Comme il éprouve des phénomènes douloureux intenses, on lui fait des injections d'huile grise qu'il supporte plus facilement.

25 juin. — Etat stationnaire. Cependant les mouvements de flexion du bras gauche sont plus marqués, mais il ne peut pas encore étendre les doigts et fermer la main.

OBSERVATION VI

Syphilis maligne précoce du système nerveux.

Gilles de la Tourette et Hudelo.

R. A., tonnelier, 37 ans, entre le 17 janvier 1892. Salle Saint-Louis, n° 8. Hôpital Saint-Louis. Service de M. le professeur Fournier.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort à 70 ans d'hémiplégie ; trois jours malade.

Antécédents personnels. — Avant d'être tonnelier vinaigrier, le malade en 1870-1878, a été voyageur en liquides, aurait fait quelques excès alcooliques se traduisant par des cauchemars. Depuis il ne boit plus.

En octobre 1870, chancre induré amygdalien probable, qui passe inaperçu.

Quelques semaines plus tard, apparition d'une roséole généralisée ; il est traité alors par des pilules de protoiodure d'hydargyre et de l'iodure de potassium. Le jour même où se déclarait la roséole (7 novembre 1850) il s'est réveillé le matin avec une paralysie faciale droite. L'orbiculaire était pris : le malade ne pouvait fermer l'œil.

Grorichard

En mars 1871. — Il entre une première fois à la *clinique des maladies cutanées et syphilitiques*, avec le diagnostic suivant : « syphilides papulo-squameuses généralisées, paralysie faciale droite. Les syphilides ne sont que la continuation de la roséole, elles ont complètement disparu à la fin d'avril.

Il est institué immédiatement un traitement énergique mercuriel et ioduré ; car outre sa paralysie faciale, la malade commence à présenter en avril 1891, des maux de tête terribles qui le plongent dans une sorte de demi coma et empêchent complètement le sommeil.

Un matin d'avril, dans le service même, on constate que le côté droit du corps est presque entièrement paralysé, les mouvements que les membres peuvent accomplir sont limités et sans force. Aussitôt on prescrit des frictions mercurielles et l'on augmente la dose d'iodure : douches antipyrine.

Le malade sort amélioré mais non guéri en juin 1871.

Il continue à se traiter chez lui, jusqu'en août 1851, époque à laquelle entre en scène une série d'autres phénomènes. Il commence à ressentir une douleur vive et persistante qu'il localise exactement au niveau de la colonne lombaire.

Pendant son séjour à la Salpêtrière, il avait éprouvé quelques vertiges, mais ceux-ci ont actuellement disparu.

Marche avec difficultés ; les jambes tremblent sous lui. Signe de Romberg. Le malade est soumis à un traitement intensif par les frictions mercurielles, et l'iodure (6 gr. par jour) ; il semble se produire une légère amélioration et le 3 avril l'état du malade qui, depuis est resté le même (31 mai) était le suivant :

Etat de la face. — Sans changement.

Côté droit. — Le malade se sert avec un peu de difficulté de la

main droite qui a été frappée autrefois de paralysie ainsi que la jambe du même côté.

Dynamomètre à droite, 65 kilos ; à gauche 80 kilos.

Pas d'exagération du réflexe olécranien.

La jambe *droite* est faible, frotte sur le sol en marchant. Exagération du réflexe rotulien avec légère trépidation spinale.

Membre supérieur droit. — Rien de particulier. *Membre inférieur gauche,* lourde exagération très marquée du réflexe rotulien.

Le signe de Romberg a diminué. Se tient sur le pied gauche seul, les yeux ouverts ; non les yeux fermés ; ne se tient pas sur le pied droit dans les mêmes conditions ; s'assoit, se baisse, se relève mieux qu'à son entrée.

Yeux. — Examinés le 3 février par M. Troussseau. Vue paraît un peu plus faible qu'à gauche. Mais rien au fond de l'œil ; pupille normale ; la diminution de la vision tiendrait à la paralysie faciale.

L'état mental est bon, le malade raisonne juste ; il trouve que sa mémoire s'est un peu affaiblie et qu'il peut difficilement se rappeler les noms de certaines personnes ; il le sait mais il ne peut les formuler ; pas d'autre forme d'aphasie. Organes thoraciques et abdominaux sains.

En résumé ; un homme de trente-six ans sans antécédents héréditaires connus, qui a fait deux ou trois ans auparavant quelques excès alcooliques dont il ne reste actuellement aucune trace, prend, en octobre 1890, une syphilis par infection amygdulienne probable. Aussitôt l'apparition d'une roséole de moyenne intensité, il se soigne et continue à se soigner régulièrement. A dater du 7 novembre, tout le système nerveux est envahi pièces par pièces. En novembre, paralysie faciale droite *périphérique* sans autre cause apparente que la syphilis.

En avril 1891, alors qu'il est en plein traitement, il est frappé d'*hémiplegie droite* incomplète à la vérité, mais qui ne rétrocedera pas : cette hémiplegie a été précédée de *douleurs de tête* très violentes.

Au mois d'août, douleur dans la région lombaire et début de phénomènes de paralysie spasmodique, avec troubles des sphincters et du sens génital.

Tout a été touché fatalement, progressivement, nerfs périphériques, cerveau, moëlle malgré le traitement et cela par une syphilis à allures très modestes puisqu'elle s'est tout au plus signalée sur les autres appareils, en dehors du chancre qui a passé inaperçu, par une éruption qui n'a pas dépassé la limite d'une roséole papulo-squameuse de moyenne intensité.

Tout cela chez un individu bien portant ordinairement, non cachectique, et chez lequel on ne pourrait incriminer en somme, que des excès alcooliques remontant à dix ou douze ans et qui ne semblent pas avoir laissé de traces.

Pourquoi donc chez lui la syphilis a-t-elle revêtu un tel caractère de malignité? Pourquoi ses coups ont-ils exclusivement et si vigoureusement porté sur le système nerveux? Voilà ce à quoi il est difficile, sinon impossible de répondre. En tout cas, l'attention doit être attirée sur ces cas de syphilis du système nerveux dont les caractères sont : envahissement progressif du cerveau, de la moëlle et des nerfs périphériques, opposé dans certains cas à l'intégrité presque complète des autres appareils; de plus, résistance au traitement.

Annales de dermatologie, 1892.

OBSERVATION VII

Une jeune femme d'assez bonne santé antérieure, à cela près de quelques fièvres palustres, contracte la syphilis de son mari. Elle commence à présenter « des boutons » à la vulve, puis une roséole et quelques plaques muqueuses buccales.

Elle est traitée et bien traitée par son médecin.

Néanmoins, trois mois environ après le début même de la maladie, en dépit d'une bonne hygiène en dépit d'un traitement convenable et correctement suivi, éclate un orage formidable d'accidents syphilitiques les plus divers à savoir, pour ne parler que des principaux.

Syphilis papulo-tuberculeuse confluent. — Couvrant presque tout le corps d'énormes placards, rouges, brun fortement desquamatifs par places et rappelant l'aspect des herpétides exfoliatrices malignes. Les mains prises comme exemple, étaient absolument dépouillées, en état de desquamation foliacée-fissurées dans tous leurs plis, tuméfiés, et naturellement invalides.

2° *Onyxis hypertrophique.* — Et, plus tard, chute de tous les ongles des doigts et des orteils.

3° *Glossite secondaire des plus intenses.* — Langue littéralement criblée d'érosions d'ulcérations de fissures.

4° Alopécie absolue des cils et des sourcils, au point qu'à un moment donné il ne resta pas un seul de leurs poils. Et contraste des plus ordinaires intégrité absolue de la chevelure. La malade n'a pas perdu dit-elle, un seul cheveu au cours de cette effroyable poussée.

5° *Ophthalmies graves.* — Iritis à droite des deux côtés, névrite optique et choro-rétinite.

Pendant deux mois cécité double absolue.

6° Enfin du côté du système nerveux, symptômes profus et sérieux à savoir.

A. — *Céphalée* horrible, atroce, diurne et nocturne. « Je ne comprends pas me disait récemment la malade, que j'ai pu y résister ; maintes fois j'ai eu l'idée en raison de cette effroyable douleur de tête d'en finir avec la vie et je me tuerais bien certainement, si je savais que cela doit recommencer.

Fulgurations. — Extrêmement douloureuses dans les membres inférieurs et comparables d'après la description de la malade aux crises fulgurantes du tabès.

Faiblesse extraordinaire. — Anéantissement des forces, véritable état de prostration physique ; adynamie réelle.

Mydriase paralytique à gauche.

Et, enfin *symptômes hystériques* nombreux et variés consistant en ceci.

Accès convulsifs, tout à fait hystérique comme modalité.

Phénomènes d'anesthésie disséminée, troubles divers de la sensibilité.

Troubles du sommeil, cauchemars, insomnies, même en dehors des crises douloureuses.

Nervosisme général ; suggestibilité, malade devenu hyponisible.

Sans parler d'autres phénomènes que je passe sous silence constituant un état hystérique d'autant plus extraordinaire qu'antérieurement à l'époque de la contamination syphilitique cette femme n'avait jamais présenté le moindre symptôme d'hystérie. Il n'a pas fallu moins d'une année pour se rendre

maître de ces diverses manifestations et cela grâce à un traitement des plus énergiques et des plus complexes.

Injections mercurielles, frictions mercurielles, iodure de potassium, douches froides, toniques, changement de lieu, campagne, séjour dans les montagnes, eau sulfureuse.

Aujourd'hui la malade peut être dite guérie.

(Professeur Alfred Fournier, *Annales de dermatologie*, 1892).

OBSERVATION VIII (Inédite).

Observation due à l'extrême bienveillance du Dr Charles Mauriac, médecin honoraire de l'hôpital Picard.

Cas d'une hémiplegie faciale syphilitique très précoce, survenue au dixième jour du chancre infectieux.

Il survient parfois, dans le cours de la syphilis des accidents si prématurés ou si tardifs et tellement en dehors de leur époque habituelle, qu'on ne sait s'ils sont le résultat d'une simple coïncidence fortuite ou s'ils émanent directement de l'infection.

Le cas suivant en est un exemple :

Il s'agit d'un homme qui fut pris d'une hémiplegie faciale gauche, sans aucune cause occasionnelle, 55 ou 60 jours après le début d'un chancre induré.

On avait eu, au début, des doutes sur la nature de ce chancre et aucun traitement spécifique n'avait été prescrit. Lorsque je vis le malade pour la première fois, la lésion initiale persistait sous forme d'un disque parcheminé siégeant sur la muqueuse prépuce ; l'adénopathie bi-inguinale était très prononcée et, depuis deux ou trois jours la peau se couvrait de taches roséoliques ; il y avait aussi un peu de pharyngopathie sans plaques muqueuses.

L'infection était donc indéniable. Jusque-là rien que de très ordinaire. Mais dans la nuit même qui précéda le jour où ce malade me fut adressé, il s'était produit une hémiplegie faciale du côté gauche, avec tous les caractères des hémiplegies faciales accidentelles les plus ordinaires, de celles qui succèdent par exemple à un coup de froid. Elle n'avait été annoncée par aucun prodrome ; elle n'était accompagnée d'aucun malaise cérébral ou autre. Il n'y avait même pas eu, au plus faible degré, quelques-uns de ces troubles constitutionnels qui font présager l'apparition postérieure de la syphilis généralisée ou qui en sont un des symptômes.

J'instituai aussitôt un traitement spécifique mixte à la dose quotidienne de 12 centigr. de protoiodure et de 4 grammes de potassium.

Au bout de 5 ou 6 jours, l'hémiplegie faciale qui n'était pas tout à fait complète dès la première semaine de son apparition s'était accrue, étendue et accentuée. Il est inutile de la décrire. Elle offrait un type de l'hémiplegie faciale périphérique rhumatismale.

Je fus obligé d'interrompre au 10^e jour le traitement hydrargyrique, parce qu'il avait provoqué une violente stomatite, plus prononcée à gauche qu'à droite, ce qui tenait sans doute à ce que la flaccidité de la joue forçait une partie des aliments mastiqués à séjourner dans le sillon de ce côté-là.

J'espérais que cette stomatite serait, comme il arrive presque toujours, dans les hémiplegies spécifiques, le signal d'une grande amélioration. Il en fut ainsi pour la roséole et la pharyngopathie qui disparurent très rapidement en quelques jours. Mais l'hémiplegie faciale resta réfractaire à la surpersaturation hydrargyrique et même au traitement ioduré.

Quand la stomatite fut guérie, au bout de 15 jours ou 6 semaines, je repris le traitement mixte sous forme de biodure ioduré à haute dose. Mais cette tentative fut encore inutile, et après deux mois, l'hémiplégie était telle qu'aux premiers jours.

Il y avait un tel contraste entre la disparition rapide de toutes les autres manifestations de la syphilis et la persistance immuable de l'hémiplégie faciale, que je renonçai à pousser plus loin la médication hydrargyrique et iodurée. Je fis quelques traitements topiques qui n'eurent pas beaucoup plus de succès et je perdis le malade de vue.

J'ai observé quelques cas semblables et ils m'ont laissé dans un grand embarras sur l'origine réelle d'un pareil accident.

Quant à sa cause matérielle nous ne la connaissons pas ; et sur ce point nous sommes aussi peu avancés que sur certaines hémiplégies très particulières qui sont exclusivement périphériques, du moins en apparence, et qui ne s'associent à aucune cérébropathie évidente.

J'ai relaté dans mon ouvrage sur la syphilis tertiaire le cas d'un jeune homme, âgé de 21 ans, qui au cinquième jour d'un chancre infectant et au huitième de la roséole, fut atteint d'une hémiplégie faciale typique et qui plus heureux que le malade dont je viens de raconter l'histoire fut guéri en 15 jours sans iodure, et sans que le traitement hydrargyrique institué dès le début de l'infection eût été augmenté.

Si au lieu d'être extraordinairement précoce dans l'évolution de la syphilis, une hémiplégie faciale était très tardive et ne se produisait qu'à la 15^e ou à la 20^e année

de la maladie, isolée, typique et sans aucune association réellement syphilitique, que faudrait-il penser de sa nature ?

Là aussi notre embarras serait grand, néanmoins je crois que malgré nos doutes et en l'absence de cause occasionnelle manifeste pouvant les expliquer, toutes les hémiplésies faciales chez les syphilitiques devront être traitées par le mercure et l'iodure de potassium, sans négliger toutefois le traitement local.

CONCLUSIONS

1° L'hémiplégie, totale ou partielle avec ou sans aphasie, passagère ou permanente avec contractures, peut se montrer dans le cours de la période secondaire de la syphilis, dès les premières semaines qui suivent l'apparition du chancre ; on la dénomme : hémiplégie secondaire précoce.

2° Parmi les causes indirectes qui prédisposent à cette hémiplégie précoce : l'alcoolisme, l'artério-sclérose, le surmenage cérébral sont à mentionner à côté de l'hérédité et des tares nerveuses.

3° La syphilis en provoquant, en réveillant, en aggravant les tares nerveuses héréditaires ou acquises joue le rôle d'un « véritable poison du système nerveux ». De là découle l'association de la syphilis à l'hystérie pour produire les hémiplégies précoces.

4° A côté des causes indirectes il existe des causes directes de l'hémiplégie secondaire précoce ; ce sont : la virulence de la syphilis, l'absence de tout traitement.

5° L'hémiplégie secondaire précoce est le résultat de la production d'artérites cérébrales ou méningées, localisés ou diffuses. Toutes les formes d'artérites se rencontrent dans la syphilis cérébrale. Les modifications céré-

bro-méningées qui provoquent l'hémiplégie hystérique dans le cours de la période secondaire de la syphilis sont inconnues.

6° La symptomatologie est en rapport avec la localisation des lésions, la coïncidence de symptômes médullaires est fréquente dans la syphilis.

L'hémiplégie hystérique dans la syphilis peut revêtir toutes les modalités de l'hémiplégie avec lésions d'artérite, il s'y joint des stigmates d'hystérie et des troubles de la sensibilité.

7° Le diagnostic de l'hémiplégie secondaire précoce se fait par la coïncidence d'accidents syphilitiques secondaires, par les commémoratifs. La notion d'âge doit entrer en ligne de compte de même que l'action efficace du traitement spécifique.

8° Une céphalalgie persistante, tenace, fixe, avec insomnie, accompagnant une syphilis même bénigne, doit faire craindre des accidents cérébraux et en particulier l'hémiplégie précoce.

9° Le pronostic de l'hémiplégie secondaire précoce doit être très réservé. Il varie avec la forme, l'intensité des accidents paralytiques, la gravité de la syphilis, la nature du terrain. (Alcoolisme, artério-sclérose, surmenage) sur lequel elle s'est produite. L'absence du traitement est une cause d'aggravation.

10° Les frictions mercurielles, les injections mercurielles solubles, de préférence aux injections insolubles, l'iodure de potassium à hautes doses, constituent la méthode curative à laquelle il faut joindre le traitement habituel aux

hémiplégies organiques et la suggestion et l'aimant s'il s'agit d'hystérie.

11° Aussi bien pour prévenir que pour guérir l'hémiplégie secondaire précoce le repos cérébral absolu doit être ordonné à tout syphilitique en imminence ou en état de syphilis cérébrale.

Vu : le président de la thèse,

FOURNIER

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1837-1889.

BERTRAND. — Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis secondaire. Thèse de Lyon 1892.

CORNIL (prof.). — Leçons sur la syphilis. Paris 1879.

DIEULAFOY (prof.). — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. N. 49, page 579.

— De l'artérite cérébrale syphilitique, leçons de M. Dieulafoy, recueillies par le Dr Charrier.

DARGAUD. — De l'hémiplégie faciale dans la période secondaire, de la syphilis. Thèse de Paris 1879.

FOURNIER (prof.). — La syphilis du cerveau, 1879. Forme paralytique. Hémiplégie. — Treizième et dix-septième leçons, page 411.

— Leçons sur la syphilis, 1873. Hémiplégie secondaire. Page 808, vingt-troisième leçon.

— Traitement de la syphilis.

— Annales de dermatologie, 1892. Page 706.

— Annales de dermatologie 1896. Pages 411-471.

— Traité de la syphilis, 1899.

GAUCHER. — Traitement de la syphilis. Monographie n. 14, 1899.

GAUDICHIER. — De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis et en particulier de la syphilis cérébrale précoce. Thèse de Paris, 1886.

GILLES DE LA TOURETTE ET HUDELO — Syphilis maligne précoce du système nerveux. Bulletin de dermatologie, 1892.

GILLES DE LA TOURETTE. — Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux, 1899.

GRASSET ET RAUZIER. — Maladies du système nerveux, 1894.

GROS ET LANCEREAUX. — Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861.

HANOT. — Revue des sciences médicales, 1877.

HALLOPEAU. — Traité de pathologie générale, 1899.

JOFFROY ET LETIENNE. — Revue de médecine, 1892.

KLIPPEL ET CHARRIER. — Etude anatomo-pathologique et clinique des artérites cérébrales syphilitiques. Revue de médecine, septembre 1894, page 771.

LADREIT DE LA CHARRIÈRE. — Des paralysies syphilitiques. Thèse de Paris, 1861.

LAGNEAU. — Maladies syphilitiques du système nerveux, 1860.

LAMY. — Syphilis du système nerveux. Traité de médecine Charcot et Bouchard. Tome VI.

LANDOUZY (prof.). — France médicale. Octobre 1884.

LANCEREAUX. — Traité de la syphilis, 1860.

LANCEREAUX. — Article Absinthisme. Traité de médecine de Brouardel.

LETULLE. — Presse médicale, 1896. Page 605.

MANCHON. — Thèse de Paris, 1883.

MAURIAC. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux, 1879.

MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes.

MENETRIER. — Annales de dermatologie, 1883.

RAYMOND. — Contribution à l'étude de la syphilis des centres nerveux. Archives de neurologie, 1874.

— Maladies du système nerveux, 1876.

ROGER. — Introduction à l'étude de la médecine. Paris, 1899.

SCHMITT ET BARABAN. — Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse précoce. Revue médicale de l'Est, 1888.

SPILLMANN. — Annales de dermatologie, 1890.

THOINOT. — Manuel de médecine. Maladies du système nerveux. Art. hémiplegie.

TEISSIER ET ROUX. — Essai de diagnostic différentiel entre la syphilis artérielle, la syphilis méningée et la syphilis gommeuse. Archives de neurologie. Janvier et février 1898.

THIBIERGE. — Gazette des hôpitaux, 26 janvier 1885.

PAUL VABRE. — Contribution à l'étude des hémiplegies syphilitiques. Thèse de Toulouse, 1896.

